

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

---

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 18 Juin 1896, à 1 heure*

PAR

**Jules DURAND**

Né à Semur (Côte-d'Or), le 16 octobre 1868.

---

LES AURAS

DANS

L'ÉPILEPSIE

---

*Président : M. JOFFROY, professeur.*

*Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur.*

MARIE, CHARRIN, agrégés.

---

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites  
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

---

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**HENRI JOUVE**

15, Rue Racine, 15

---

1896

337



FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Jeudi 18 Juin 1896, à 1 heure*

PAR

**Jules DURAND**

Né à Semur (Côte-d'Or), le 16 octobre 1868.

---

LES AURAS  
DANS  
L'ÉPILEPSIE

---

*Président* : M. JOFFROY, professeur.

*Juges* : MM. LABOULBÈNE, professeur.

MARIE, CHARRIN, agrégés.

---

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites  
sur les diverses parties de l'enseignement médical.*

---

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

**HENRI JOUVE**

15, Rue Racine, 15

---

1896

337

## FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                      |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Doyen .....</b>                                                 | <b>M. BROUARDEL.</b> |
| <b>Professeurs.....</b>                                            | <b>MM.</b>           |
| Anatomie .....                                                     | FARABEUF.            |
| Physiologie .....                                                  | CH. RICHET.          |
| Physique médicale .....                                            | GARIEL.              |
| Chimie organique et chimie minérale .....                          | GAUTIER.             |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | N.                   |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                        | BOUCHARD.            |
| Pathologie médicale..... }                                         | DIEULAFOY.           |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | DEBOVE               |
| Anatomie pathologique .....                                        | LANNELONGUE          |
| Histologie.....                                                    | CORNIL.              |
| Opérations et appareils.....                                       | MATHIAS DUVAL        |
| Pharmacologie.....                                                 | TERRIER.             |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             | FOUCHET.             |
| Hygiène.....                                                       | LANDOUZY.            |
| Médecine légale .....                                              | PROUST.              |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                   | BROUARDEL.           |
| Pathologie expérimentale et comparée.....                          | LABOULBÈNE.          |
|                                                                    | STRAUS.              |
|                                                                    | SEE (G.)             |
| Clinique médicale .....                                            | POTAIN.              |
|                                                                    | JACCOUD.             |
|                                                                    | HAYEM.               |
|                                                                    | GRANCHER.            |
| Maladies des enfants.....                                          | JOFFROY.             |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | FOURNIER.            |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....               | RAYMOND.             |
| Clinique des maladies du système nerveux.....                      | TILLAUX.             |
| Clinique chirurgicale .....                                        | BERGER.              |
|                                                                    | DUPLAY.              |
|                                                                    | LE DENTU.            |
| Clinique des maladies des voies urinaires.....                     | GUYON.               |
| Clinique ophthalmologique.....                                     | PANAS.               |
| Clinique d'accouchement.....                                       | TARNIER.             |
|                                                                    | PINARD.              |

### Professeur honoraire :

M. PAJOT.

### Agrégés en exercice

|                        |                    |            |
|------------------------|--------------------|------------|
| <b>MM.</b>             | <b>MM.</b>         | <b>MM.</b> |
| ACHARD.                | GLEY.              | RICARD.    |
| ALBARRAN.              | HARTMANN.          | ROGER.     |
| ANDRE.                 | HEIM.              | SEBILEAU.  |
| BAR.                   | LEJARS.            | THIERY.    |
| BONNAIRE.              | LETULIE.           | THOINOT.   |
| BROCA.                 | MARFAN.            | TUFFIER.   |
| CHANTEMESSE.           | MARIE.             | VARNIER.   |
| CHARRIN.               | MENETRIER.         | VILLEJEAN  |
| CHASSEVANT.            | NELATON.           | WALTER.    |
| DELBET.                | NETTER.            | WEISS.     |
| GAUCHER.               | POIRIER, chef des  | WIDAL.     |
| GILBERT.               | trav. anatomiques. | WURTZ.     |
| GILLES DE LA TOURETTE. | RETERER.           |            |

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JOFFROY

Professeur de Clinique des Maladies mentales à la Faculté  
de Médecine de Paris

Médecin de l'Asile Sainte-Anne

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

---

*Je remercie M. le Professeur Joffroy de l'insigne honneur  
qu'il m'a fait en voulant bien accepter la présidence de cette  
thèse.*

*Je suis heureux de pouvoir dédier ce travail à un maître  
dont la vie toute entière a été consacrée à la recherche de la  
vérité et dont le précieux enseignement attire aujourd'hui à  
l'Asile-Clinique tant d'élèves reconnaissants.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

---

*Ma satisfaction est grande de pouvoir aujourd'hui assurer  
publiquement de ma reconnaissance les maîtres dont les savantes  
leçons et les bienveillants conseils ont dirigé mes études médicales.*

## INTRODUCTION

---

L'épilepsie est caractérisée par des manifestations paroxystiques susceptibles de revêtir différentes formes qu'on réunit en deux grandes catégories : les attaques convulsives et les équivalents épileptiques (absence, vertige, crise soporeuse, ictus apoplectiforme, crise de tremblement, course inconsciente).

Quels qu'ils soient, ces paroxysmes sont le plus souvent annoncés par des troubles de nature variable qu'on divise en prodromes éloignés et prodromes immédiats. La distinction entre ces deux ordres de phénomènes précurseurs est capitale. En effet, tandis que les prodromes éloignés peuvent précéder l'attaque de plusieurs heures ou de plusieurs jours et n'expriment guère qu'un état anormal des centres nerveux en général, les prodromes immédiats, comme le dit M. Magnan, « sont plus intimement liés à l'attaque et sont la traduction extérieure du malaise de la région cérébrale sur laquelle va tout d'abord porter la décharge épileptique. »

Il est d'usage de réserver le nom de prodromes aux seuls prodromes éloignés et de décrire les pro-

dromes immédiats sous le nom d'*auras*. Bien qu'elle éveille plus spécialement l'idée d'une simple variété de l'espèce symptomatologique à laquelle on l'applique, cette dénomination d'*aura* doit être conservée. Outre qu'elle est consacrée par l'usage, elle présente en effet l'avantage de séparer nettement les troubles en questions des autres phénomènes avant-coureurs de l'attaque, pour les rattacher à l'attaque elle-même dont ils font naturellement partie.

Les auteurs ne font pas toujours cette distinction nécessaire. On trouve souvent décrits sous le nom d'*auras* des troubles variés de la sensibilité ou de la motricité qui, en toute évidence, appartiennent à la classe des prodromes éloignés. Tels sont ces douleurs viscérales, ces hyperesthésies de toute nature, cette perversion du caractère, cette excitation génitale, ces cauchemars ou cette insomnie qui précèdent les attaques de quelques heures ou de quelques jours. Tels sont encore, bien qu'ici la distinction puisse être plus délicate, ces secousses, ce tremblement, ce grincement de dents, cet embarras de la parole qui peuvent apparaître à plusieurs reprises avant ces attaques. Tous ces accidents, d'ailleurs assez variables chez un même malade, indiquent l'imminence mais non le début de la crise.

Nous appliquerons donc exclusivement la dénomination d'*auras* aux troubles de différentes natures qui se manifestent immédiatement avant le paroxysme épileptique et apparaissent comme naturellement liés à ce paroxysme.

Ce sont les troubles ainsi définis qui feront l'objet de notre étude et nous allons immédiatement indiquer leurs caractères les plus généraux.

Les auras sont toutes conscientes ; elles sont pour mieux dire la portion consciente de l'attaque. Leur durée est variable : elle peut ne pas atteindre une seconde ; rarement elle dépasse une minute. On conçoit du reste qu'elle soit dans bien des cas, difficile à fixer, et nous rappellerons en passant que les malades sont toujours portés à attribuer aux phénomènes qui nous occupent une durée fort exagérée. C'est un fait dont tout observateur est vite convaincu. Quant au degré de fréquence des auras nous chercherons plus loin à le déterminer et nous exposerons en même temps que les résultats de nos propres observations, les statistiques antérieurement établies à ce sujet.

L'aura peut précéder les vertiges et tous les équivalents épileptiques comme l'attaque convulsive la plus complète. Elle appartient à l'épilepsie jaksonnienne comme à l'épilepsie vulgaire, et s'il est vraisemblable que certaines de ses variétés correspondent plus spécialement à certaines classes de malades, il est difficile de rien affirmer à ce sujet. Une telle question, pour recevoir une solution précise, exigerait une connaissance complète des conditions étiologiques de l'épilepsie ou plutôt des épilepsies. Or, les recherches cliniques, anatomo-pathologiques et expérimentales entreprises à ce sujet au cours des dernières années, quelle que soit leur haute valeur scien-

tifique, ne nous ont pas encore mis en possession de données indiscutables.

Dans l'étude qui va suivre, nous rappellerons d'abord en quelques pages les premières descriptions données des auras, ainsi que les idées anciennement émises sur leur nature et nous indiquerons parmi les travaux modernes ceux qui nous ont paru les plus importants. Après cet exposé historique de la question, nous chercherons à donner des troubles si variés qui font l'objet de notre travail une classification précise et une description exacte, auxquelles nous joindrons les statistiques indispensables à une étude un peu complète et les observations les plus intéressantes parmi celles que nous avons personnellement recueillies. Nous nous occuperons ensuite de la pathogénie des auras, de leur importance pour le diagnostic et le pronostic de l'épilepsie ainsi que pour le traitement de l'attaque, et de leur valeur en médecine légale. Nous exposerons enfin les conclusions auxquelles nous avons été conduits et nous indiquerons les ouvrages et les différents travaux français ou étrangers que nous avons dû consulter.



## Historique

L'épilepsie est très anciennement connue, et l'aura se trouve signalée dès les premières descriptions de la maladie. Hippocrate a écrit : « Les patients qui sont déjà habitués à la maladie pressentent quand ils vont avoir un accès ; ils fuient loin des regards, chez eux si leur logis est proche, sinon dans le lieu le plus solitaire, là où leur chute aura le moins de témoins, et aussitôt ils se cachent... Voyez, en effet, les enfants : ils tombent d'abord là où ils se trouvent parce qu'ils ne sont pas habitués ; puis, quand ils ont eu plusieurs accès, ils pressentent l'attaque et s'enfuient auprès de leur mère ou de la personne qu'ils connaissent le plus, et cela par terreur du mal qui les menace ; car aux enfants la honte est étrangère. » (1)

Ce passage, on le voit, contient déjà l'observation de l'aura.

De Celse il nous est parvenu peu de chose sur les symptômes de l'épilepsie.

Galien et après lui Cœlius Aurelianus (2) ont

(1) *Hippocrate*. Trad. Littré. T. VI, p. 383. — Cf aussi : *Hippocrate*. De morbo sacro, in *Albertus de Haller*, *Artis medicæ scriptores*, L. I. Ch. I. p. 413.

(2) Cf : *Œuvres de Cœlius Aurelianus*. L. I. Ch. IV. in *Albertus de Haller* op. cit.

décrit plusieurs variétés d'auras sensorielles. Ce mot *aura* servant à désigner les prodromes immédiats de l'attaque qui est demeuré courant malgré son insuffisance, nous vient même de Galien.

Arétée, auteur vraisemblablement plus récent (quoique le fait soit discuté), décrit l'épilepsie sous le nom de *morbis herculeus* et parle des auras (1).

Alexandre de Tralles qui vivait sous Justinien, est le premier qui donne du symptôme que nous étudions, une description un peu détaillée : « Ceux qui tombent à cause d'une partie du corps, dit-il, sentent le mal se répandre dans les membres supérieurs et annoncent ce qui va leur arriver lorsqu'ils le sentent se diriger vers le cerveau... J'ai connu, ajoute-t-il, un lecteur qui disait sentir à l'approche de ses attaques un vent froid s'élever de la partie supérieure du pied et gagner le cerveau. »

Dans un autre endroit de son ouvrage (2), sacrifiant aux idées de son siècle, il enseigne comment on peut combattre l'aura et prévenir l'attaque au moyen de certaines amulettes.

Pline, Aulu-Gelle qui ont parlé de l'épilepsie sous les noms de *morbis comitialis*, de *morbis soniticus*, ont ajouté à l'histoire de l'aura quelques nouvelles observations.

Rhazès et Avicenne, chez les Arabes, n'ont fait

(1) Cf : Fragments d'Arétée. L. I. Ch. VI. in *Albertus de Haller*. Op. cit.

(2) Βίβλια ιατρικα δυσκαιδεα. Trad. lat. Lyon 1504, in-4°. Cf : L. I. Ch. XX.

que reproduire ce qui se trouvait déjà chez les Grecs.

Au treizième siècle, Arnaud de Villeneuve a écrit plusieurs traités sur l'épilepsie (*analepsia*). Il y consacre quelques pages à l'aura et note même des cas où la constriction des extrémités a pu arrêter la marche progressive des accidents (1). La première observation d'un fait de ce genre nous vient, dit-il, d'Hippocrate.

Au XVI<sup>e</sup> siècle, Paracelse parle souvent de l'épilepsie, mais son obscure physiologie n'éclaire pas la pathogénie de ce qu'il a nommé le mal caduc. Il faut aller un siècle encore avant de trouver quelques théories plus scientifiques.

Jean Fernel, médecin de Catherine de Médicis, et Pierre Brescon dans leur traité *De l'Epilepsie* donnent des observations précises ; le dernier abandonne complètement la théorie des humeurs pour proposer une théorie de l'origine réflexe des accidents épileptiques. Un médecin italien, Vicentio Alsario e Cruce (2) avait déjà parlé de l'action déterminante de l'aura dans la crise et sépare la période prodromique dont le malade n'oublie aucun détail de la période convulsive qui ne lui laisse aucun souvenir.

De nouveau, la question de l'épilepsie reste stationnaire. La richesse des recueils d'observation du

(1) Arn. Villanovani, Opera-Lyon 1686 in-f°. — p. 24, col. I.

(2) De Epilepsia seu comitali morbo. Venetiis 1603.

XVII<sup>e</sup> siècle, les hypothèses de Van Helmont (1) n'amènent pas de nouvelles découvertes.

A la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, Tissot, dans son *Traité de l'Epilepsie*, résume très scientifiquement les travaux de ses devanciers et insiste sur les troubles psychiques que présentent les épileptiques à l'occasion de leurs crises ou en dehors d'elles.

Au début de ce siècle, la création de services spéciaux d'épileptiques permit à Bouchet, à Portal et à Delasiauve de réunir de nombreuses observations et d'établir des statistiques précises. Le livre de Delasiauve est demeuré classique.

Depuis les travaux se sont multipliés et les auteurs à citer abondent. Sans parler de ceux dont les noms reviennent sans cesse dans l'histoire de la médecine moderne, des Trousseau, des Lasègue, des Charest, il est certains médecins qui se sont plus spécialement consacrés à l'étude de l'épilepsie et dont les travaux ont contribué à éclairer la symptomatologie et la pathogénie de l'aura. Brierre de Boismont, puis M. Falret, M. Féré, M. Voisin ont étudié la question surtout au point de vue clinique. Brown-Sequard en 1857 en avait entrepris le premier une étude expérimentale. M. Magnan, à son tour, après avoir fait au laboratoire une série de recherches sur les symptômes épileptiformes des intoxications par l'alcool et les essences a publié une série de leçons où l'étude des auras tient une place importante.

(1) Citées par Daremberg. *Hist. des sciences médicales*, t. I, p. 532.

Si nous joignons à ces travaux les leçons du P<sup>r</sup> Joffroy, du P<sup>r</sup> Raymond, de M. Ballet, les articles très complets consacrés à l'épilepsie dans les deux dictionnaires et dans le Traité de Médecine de Charcot et Bouchard où les questions relatives à l'aura sont consciencieusement étudiés, nous aurons cité ce que les médecins français ont fourni de plus important sur ce point de pathologie.



### Classification des auras.

La plupart des auteurs qui ont décrit l'attaque d'épilepsie complète font remarquer combien il est difficile de classer les auras. Sans doute une division rigoureuse ne sera possible que lorsque la pathogénie des paroxysmes épileptiques sera complètement élucidée ; mais il n'en est pas moins vrai qu'une description symptomatologique de phénomènes aussi dissemblables exige, pour être autre chose qu'un amas confus d'observations, une classification préalable. Jusqu'ici la division généralement adoptée est celle de Delasiauve telle que l'a proposée cet auteur ou légèrement modifiée.

Delasiauve admettait : 1° *des auras motrices*, 2° *des auras sensitives*, 3° *des auras sensorielles*, 4° *des auras intellectuelles*. Cette division, suffisante il est vrai pour un classement rapide, nous semble passible de plusieurs reproches. Nous remarquons d'abord que très souvent l'aura comprend une série de phénomènes d'ordre différents ; nous pourrions même la voir constituée par un véritable mélange de spasmes de sensations anormales et d'hallucinations. Les auteurs ont donc dû créer une cinquième classe pour les auras complexes ; mais cette addition toute naturelle n'enlève rien à la valeur de la classification primitive.

Un défaut plus grave de cette division un peu trop simple est de séparer des phénomènes intimement liés l'un à l'autre. Nous voulons parler surtout des réactions musculaires qui se produisent à la suite de l'excitation d'un organe sensoriel, que ces réactions portent sur les muscles fonctionnellement associés à l'organe excité ou sur des muscles seulement situés dans la même région anatomique. Il est impossible de dédoubler ainsi des symptômes qui constituent physiologiquement de véritables unités.

Enfin il nous semble qu'une analyse exacte et approfondie des auras dites *psychiques* permettrait presque toujours de les faire rentrer dans les autres catégories. Mais ici une plus longue discussion est nécessaire.

Avant tout remarquons que les troubles intellectuels considérés par les auteurs comme des auras psychiques ne sont bien souvent que ce que l'on comprend sous la dénomination de prodrômes éloignés ou simplement de prodrômes. C'est ainsi que nous voyons citer comme des auras une inaptitude plus ou moins complète au travail intellectuel avec obnubilation de la mémoire, un état mélancolique avec idées de pertes ou de suicide, une suractivité intense des fonctions psychiques, une lucidité passagère chez un imbécile, un véritable état maniaque, une modification plus ou moins marqué des sentiments affectifs, tous ces troubles précédant l'attaque de plusieurs heures ou de plusieurs jours. Il y a là

une confusion à éviter ; mais nous en avons déjà parlé au début de ce travail.

Si maintenant nous examinons les observations où il s'agit vraiment de prodrômes immédiats, nous rencontrons au milieu d'énumérations d'auras intellectuelles certains faits, relativement rares du reste, qui doivent évidemment être rattachés aux troubles de la sensibilité. Telle une amélioration passagère, survenant sans cause apparente au cours d'une affection chronique du tube digestif, ou la disparition de douleurs au niveau d'une tumeur maligne. Souvent encore il s'agit de difficulté subite de la prononciation, de bégaiement, d'émission lente ou saccadée de la parole, ou bien de l'impossibilité où se trouve tout à coup le malade de manifester ses impressions soit par un mot, soit par un geste, tous accidents qui se classent naturellement parmi les troubles de la motricité.

Dans d'autres descriptions, nous trouvons consignés des cas d'automatisme ambulateur, de vertige ou d'absence suivis de contractions partielles de certains muscles, dans lesquelles le malade ne se rappelle rien de l'accident qui l'a frappé ou des actes qu'il a pu accomplir. Sans doute, à la suite de l'attaque d'épilepsie, la perte de la mémoire peut comprendre une période antérieure à cette attaque et plusieurs observateurs, après avoir constaté *de visu* une aura motrice bien nette, ont dû reconnaître que leur malade n'en avait conservé aucun souvenir. Nous tiendrons compte de la possibilité de cette

amnésie rétrograde, lorsque nous chercherons à établir une statistique des auras, mais dans les cas qui sont maintenant en question, le caractère général des accidents montre bien qu'il s'agit de ce que l'on a désigné sous l'heureuse dénomination d'équivalents épileptiques. La preuve en est que des troubles tout à fait analogues à ceux qui nous occupent ici, sont souvent précédés d'une aura consciente. Voilà encore une erreur qu'il était nécessaire de faire ressortir.

Nous devons maintenant examiner une classe de faits qui constitue la grosse portion des auras dites intellectuelles. Les observations sont nombreuses de malades qui sont prévenus de leur attaque par l'apparition d'une personne qu'ils ont connue ou d'une scène à laquelle ils ont assisté autrefois. Est-il vraiment logique de séparer ces faits des hallucinations qui jouent si souvent le rôle d'auras et qu'on trouvera décrites plus loin ? Sans doute, pour le psychologue, il y aura une distinction à établir suivant la nature des éléments constitutifs de l'image apparue, mais pour le médecin, que cette image ait été ou non antérieurement perçue dans son ensemble, il importe peu et ce ne sont que des faits pathologiques de même ordre. Dès lors, nous n'hésitons pas à faire rentrer les faits de ce genre dans le groupe des hallucinations qui peuvent précéder immédiatement l'attaque épileptique, à en faire par conséquent des auras sensorielles.

Restent quelques observations où le phénomène  
Durand

qui constitue l'aura semble bien purement intellectuel. Plusieurs d'entre elles sont rédigées avec assez peu de précision, pour qu'il soit impossible d'analyser exactement leur contenu, mais ce reproche ne s'adresse pas à toutes. Il y a en particulier à retenir une belle observation de M. Féré, publiée sous ce titre : *Aura intellectuelle. Doute métaphysique relatif à l'existence de Dieu*. Il s'agit d'un épileptique chez lequel les paroxysmes étaient annoncés par une sensation d'angoisse et dont l'esprit au moment de la crise, était saisi constamment par ce doute pénible. Il importe de remarquer que ce malade, d'après l'analyse complète de son état physique et mental, ainsi que de son histoire, doit être rangé dans la grande classe des dégénérés héréditaires. C'est un malade complexe qui présentait entre ses accès convulsifs, des accidents constitués par des étourdissements sans perte de connaissance et des accès d'excitation maniaque, tous annoncés par la même idée de doute. Cette idée en elle-même, apparaît bien comme une de ces obsessions si fréquentes chez les dégénérés héréditaires ; il est dès lors bien difficile d'en faire une variété d'aura, variété qui, remarquons-le, serait spéciale à une classe particulière d'épileptiques.

Enfin, même si l'on s'arrête à cette manière de voir, l'idée en question reste intimement liée à la sensation générale d'angoisse à laquelle elle s'ajoute et l'en séparer serait par conséquent créer une division toute artificielle. Elle n'est, pour ainsi dire, qu'un

épiphénomène et le trouble de la sensibilité qu'elle accompagne reste le fait principal.

En somme l'observation qui vient d'être analysée et celles du même genre qui peuvent être publiées ne nous semblent nullement nécessiter la création d'une classe spéciale d'auras psychiques. Nous dirons seulement que chez les dégénérés certaines auras sensorielles peuvent se compliquer d'obsession mentale.

Avant de clore cette discussion sur la classification des auras, rappelons que certains auteurs ont cru devoir accorder une importance spéciale à de simples variétés : ainsi, on a décrit une aura hystéroïde comprenant d'une part les sensations douloureuses qui aboutissent à la strangulation laryngée, d'autre part les bourdonnements d'oreilles et les sifflements, l'obnubilation de la vue et les battements dans les tempes réunis par Charcot dans sa description clinique de l'hystérie sous le nom d'aura céphalique. Certes le rapprochement s'impose entre les symptômes analogues que peuvent offrir deux affections comme l'hystérie et l'épilepsie ; mais, de là à créer une division dans un groupe naturel, il y a loin et si la dénomination d'aura hystéroïde peut avoir sa valeur dans une description clinique, elle n'est plus, introduite dans une classification générale, qu'une complication inutile.

Par cet exposé nous croyons avoir démontré l'insuffisance des divisions généralement adoptées. La classification de Delasiauve, bien qu'on y ait

ajouté certains groupes nouveaux, celui des *auras vaso-motrices*, celui des *auras thermiques* par exemple, n'offre cependant pas ainsi modifiée la netteté et la généralité qu'on est en droit d'exiger de toute classification. Nous sommes donc amenés à proposer la division suivante des auras, division qui partant de l'étude analytique de la sensibilité et de la motricité offre, étant donné l'état actuel de la question, l'avantage d'être aussi complète et aussi précise que possible.

Cette classification peut être établie sous la forme suivante :

|                                  |                                       |                            |
|----------------------------------|---------------------------------------|----------------------------|
| A.—Auras<br>de la<br>sensibilité | a) Affective                          | Sensations douloureuses.   |
|                                  |                                       | Sensations visuelles.      |
|                                  | b) Perceptive                         | Sensations auditives.      |
|                                  |                                       | Sensations olfactives.     |
|                                  |                                       | Sensations gustatives.     |
|                                  |                                       | Sensations kynesthésiques. |
|                                  |                                       | Sensations thermiques.     |
|                                  |                                       | Sensations tactiles.       |
| B.—Auras<br>de la<br>motricité   | a) de la motricité<br>proprement dite | Sensations cœnésthésiques. |
|                                  |                                       | Contractions spasmodiques. |
|                                  |                                       | Contractures.              |
|                                  |                                       | Parésies.                  |
|                                  |                                       | Paralysies.                |
|                                  |                                       | Tremblements.              |
|                                  |                                       | Impulsions motrices.       |
|                                  | b) De la vaso-                        | Vaso-dilatations.          |
|                                  |                                       | Vaso-constrictions.        |

Dans ce tableau ne rentrent évidemment, que les auras simples. Mais parmi les auras complexes un grand nombre pourront, grâce à la prédominance évidente d'un de leurs éléments être rattachées à l'une des classes qui viennent d'être établies. Les autres, apparaissant comme une simple série de phénomènes indépendants, exigeront une description spéciale. En tout cas, cette division permettra de classer les éléments constitutifs des auras les moins homogènes en apparence ; c'est là un précieux avantage pour l'observateur.



### Symptomatologie

Il est nécessaire, avant d'entreprendre la description d'un symptôme essentiellement polymorphe, de bien préciser le moment où se manifeste ce symptôme et les circonstances qui l'accompagnent. Rappelons donc en quelques lignes l'état de l'épileptique au moment où va éclater l'attaque, en choisissant, bien entendu, le cas le plus général.

Le malade que nous prendrons pour exemple présente depuis quelques heures, depuis un ou deux jours peut-être, des troubles de différente nature qui lui font prévoir la crise. Il a des bourdonnements d'oreilles, de l'obnubilation intermittente de la vue, de la céphalée ; ses digestions sont pénibles, son caractère a changé ; il est devenu maladroit et se sent en proie à un malaise indéfinissable. Ces troubles indiquent que la décharge nerveuse est proche, l'accès va éclater.

A ce moment si, comme l'a fait M. Voisin, on examine le pouls du malade, on le trouve petit et rapide : le sphygmographe confirme cette impression. Certains auteurs ont noté aussi une forte élévation de la température centrale, mais M. Féré n'a jamais pu constater qu'une élévation légère ne dépassant pas  $1^{\circ}$ ,  $2/10$ . Enfin M. J. Voisin en examinant la composition des urines, a noté une hypo-

toxicité croissante dont le maximum correspond au début de la crise (1).

Tel est l'état général du malade au moment où survient le symptôme qui fait l'objet de ce travail.

Dans la description des différentes formes que revêt ce symptôme, nous suivrons l'ordre indiqué dans la classification proposée plus haut.

#### I. — AURAS DE LA SENSIBILITÉ

*Auras de la sensibilité affective.* — Ces sensations peuvent se produire en un point quelconque du corps, pour de là gagner la partie supérieure du tronc et de la tête. C'est là, du moins, le cas le plus ordinaire ; mais elles peuvent aussi suivre une marche descendante, ou d'abord descendante puis ascendante, ou encore irrégulière et interrompue par des temps d'arrêt plus ou moins multipliés. Ces sensations rappellent quelquefois les douleurs fulgurantes où les douleurs en ceinture du tabes ; on peut observer encore une succession de sensations douloureuses en des points du corps très éloignés les uns des autres.

Dans d'autres cas, les douleurs restent limitées

(1) Tout récemment. M. Agostini (*Perugia*), a montré que la toxicité du suc gastrique chez les épileptiques augmentait sensiblement immédiatement avant l'accès. (Cf : *Gaz. d. Osped.*, n° 38, 1896).

à la région où elles se sont manifestées tout d'abord : ordinairement, elles sont alors d'une nature plus spéciale. Ce sont des douleurs contuses, lancinantes ou térébrantes, ou bien des sensations de picotement, de fourmillement, de torsion, d'écrasement, de morsure. Ces diverses manifestations sont aussi variables que possible comme intensité et comme durée ; elles peuvent porter sur les organes internes comme sur les différentes régions des membres et du tronc : tels sont, par exemple, les points douloureux siégeant au niveau de la région précordiale, avec irradiations possibles à l'épaule et au membre supérieur. Trousseau a fait remarquer l'analogie de ces symptômes avec ceux qui constituent la crise d'angine de poitrine. Telles sont encore les sensations douloureuses multiples qui portent sur l'estomac et sur l'intestin. Enfin, bien que nous ayons refusé de faire de l'aura hystéroïde, une variété spéciale, nous rappelons qu'on observe souvent cette angoisse douloureuse à la région épigastrique, cette strangulation laryngée terminale que certains auteurs ont décrites comme appartenant en propre à la grande hystérie. Quant aux céphalées frontale et occipitale, bien qu'elles fassent plus souvent partie des prodromes éloignés, elles peuvent néanmoins figurer parmi les symptômes immédiatement précurseurs de l'attaque, et dans ce cas, elles présentent une intensité toute particulière.

*Auras visuelles.* — Les auras visuelles sont extrêmement intéressantes : le vertige oculaire est très

souvent observé ; l'amaurose bilatérale; l'hémianopsie, la photophobie, la dyschromatopsie, la macropsie et la micropsie ont été notées. D'autres fois le malade perçoit une clarté intense ou bien il lui apparaît des globes de feu, des flammes, des étoiles, des couleurs brillantes parmi lesquelles le rouge prédomine; quelquefois ces couleurs sont indéfinissables et n'ont pas leurs semblables dans la réalité, ou bien c'est toute une série de teintes brillantes qui passent rapidement devant les yeux du malade. Souvent les apparitions représentent des objets en mouvement, des personnes qui s'approchent ou qui s'éloignent, qui changent de taille et d'attitude, ou des êtres fantastiques de toute espèce. Plus curieux encore sont les cas où l'hallucination empruntant ses éléments à la mémoire, retrace une scène à laquelle le malade a autrefois assisté. Cette scène peut être la reproduction du fait qui a provoqué la première crise et ramener avec elle l'impression de terreur ou d'effroi que ce fait avait alors déterminée. Souvent aussi, il s'agit de visions de l'enfance et de la jeunesse, de scènes de jeu, de paysages oubliés, et dans certains cas l'hallucination affecte une forme panoramique dans laquelle le malade voit défiler devant lui des images empruntées à toutes les périodes de son existence.

Les hallucinations de la vue peuvent précéder les attaques nocturnes : certains malades décrivent des cauchemars effrayants qui les réveillent au début de la crise.

Les troubles visuels quels qu'ils soient peuvent

s'accompagner d'une contraction spasmodique des muscles associés fonctionnellement à l'organe de la vision : le blépharospasme est assez souvent noté.

*Auras auditives.* — Les auras auditives sont moins fréquentes que les auras visuelles. La surdité a été observée ; le plus souvent le malade perçoit des sifflements, des bourdonnements, des sons de cloches ou encore des bruits de cascade, d'eau bouillante, de voiture en mouvement, de chaînes trainées, rarement des bruits harmonieux, assez souvent des voix indistinctes. Il peut aussi entendre des mots nettement articulés indifférents ou injurieux. Ici, comme pour les auras visuelles, si le fait qui a déterminé l'explosion de la première crise convulsive empruntait ses éléments surtout aux sensations acoustiques, l'hallucination auditive reproduit souvent le phénomène initial et s'accompagne du même état d'angoisse et de terreur. C'est ainsi qu'un cocher de diligence dont la première attaque était survenue à la suite d'un terrible accident de voiture dans une descente en montagne, entendait avant chacune de ses crises le galop des chevaux emportés, le bruit des roues, et la perte de connaissance survenait au moment où dans son hallucination la voiture se renversait en se brisant.

L'aura auditive peut être bilatérale ou unilatérale et dans ce dernier cas, notons-le en passant, on a vu s'y joindre une contraction du masséter du même côté.

*Auras olfactives.* — Relativement rares, les auras olfactives peuvent consister en odeurs agréables de

fleurs, de parfums, de « pharmacie » ou bien en odeurs d'œufs pourris, de moisissure, de matières fécales.

Il peut s'y joindre une excitation de la muqueuse des fosses nasales amenant la production des réflexes habituels : larmolement, éternuement et même dyspnée. Il s'agit là du reste, de la sensibilité générale des muqueuses et non plus de la sensibilité spéciale olfactive.

*Auras gustatives.* — Les auras gustatives sont aussi peu fréquentes : ce sont des saveurs métalliques, amères ou nauséuses, des goûts de vinaigre, de sang, d'encre et de cuivre.

Nous y rattacherons l'exagération de la sécrétion salivaire, les mouvements de la langue et du maxillaire inférieure associés à la fonction gustative et le crachotement souvent observé au début du vertige et de l'absence.

*Auras kinesthésiques.* — Les auras kinesthésiques comprennent ces cas où le malade se trompe sur la position de ses membres dans l'espace : il croit par exemple son bras ou sa jambe agités de tressaillements, de secousses ou de tremblements alors qu'ils restent parfaitement immobiles. La même variété d'hallucination peut porter sur les muscles de la face et le malade se plaindre de grimacer horriblement alors que sa physionomie exprime le calme le plus parfait.

Aux troubles kinesthésiques nous joindrons cette maladresse passagère assez souvent signalée et qui

ne peut guère s'expliquer que par une perturbation du sens musculaire. Certaines formes de vertige caractérisées par de l'instabilité et de la titubation rentrent naturellement dans la même catégorie.

*Auras thermiques.* — Les sensations thermiques sont presque toujours associées à des sensations tactiles. Telles sont les impressions de vent chaud ou frais parcourant rapidement les différentes régions du corps et qui ont fait donner le nom d'aura à tous les prodromes immédiats de l'attaque, les sensations d'eau froide ou brûlante en jet ou en affusions, de fer rouge promené sur les téguments, de corps en fusion adhérent à la peau. Quelquefois la sensation thermique est pure et ne peut être rapportée à aucune cause spéciale. Le malade se plaint seulement d'une brûlure localisée à une partie superficielle ou profonde (nuque, joue, scrotum, estomac).

*Auras tactiles.* — Comme pour l'ouïe ou la vue il peut se produire :

1° Un affaiblissement ou une obtusion complète de la sensibilité tactile.

2° Des hallucinations proprement dites du toucher consistant en sensations d'objets divers proménés sur le corps, de frôlement, de chatouillement, ou encore de pression ou de constriction. Certains malades sentent une couronne de fer leur enserrer le front, un anneau leur entourer la jambe ou l'avant-bras.

Dans le cas où un organe profond est le siège d'une aura douloureuse, des hallucinations tactiles

peuvent se manifester en même temps sur les téguments qui recouvrent ou avoisinent cet organe.

*Auras cœnesthésiques.* — Dans cette classe nous faisons rentrer toutes les sensations d'angoisse, de malaise général, d'engourdissement et les cas plus rares où le malade croit son corps augmenté de volume ou devenu plus léger.

## II. AURAS DE LA MOTRICITÉ

*Contractions spasmodiques.* — Les contractions spasmodiques qui constituent l'aura peuvent être limitées à un muscle ou à un groupe de muscles. Ainsi on voit souvent la chute se produire après une ou plusieurs secousses au niveau d'un doigt ou d'un orteil. Le plus souvent il se fait avant la perte de conscience une généralisation plus ou moins complète des troubles moteurs ; du petit doigt par exemple le spasme gagne la main, l'avant-bras puis le membre supérieur tout entier et parfois les deux membres du même côté. La marche du spasme est plus ou moins rapide et M. Féré fait remarquer à cet égard qu'il existe une forme d'épilepsie partielle à généralisation rapide qui peut servir de transition entre l'épilepsie partielle et l'épilepsie vulgaire. Dans l'exemple donné plus haut le début des accidents avait lieu à l'extrémité d'un membre ; c'est un cas particulièrement fréquent mais il ne faudrait pas voir

là une règle absolue. Le spasme peut par exemple envahir tout d'abord la mâchoire inférieure ou les paupières ; il peut aussi se porter exclusivement sur un groupe de muscles liés entre eux par leur fonction et produire ainsi le hoquet, la toux, l'éternuement, le reniflement bruyant ou le baillement.

Enfin le trouble peut siéger au niveau des fibres musculaires lisses d'un organe interne, de l'intestin de l'estomac, de l'œsophage par exemple. Physiologiquement ces dernières variétés peuvent être regardées comme constituant une sorte de transition entre les troubles musculaires proprement dits et les troubles vaso-moteurs.

*Contractures.* — Les contractures portent sur les muscles des membres ou de la mâchoire inférieure. Comme les contractions spasmodiques elle peut se généraliser plus ou moins et immobiliser un ou plusieurs tegments d'un membre en extension ou en flexion, en adduction ou en abduction ; mais il est rare que le membre tout entier soit envahi avant la perte de connaissance.

*Parésies et paralysies.* — La parésie et la paralysie sont bien moins fréquentes que les deux variétés précédentes. Elles portent sur les membres qui peuvent être envahis totalement ou en partie. La paralysie des muscles du larynx, de la langue et des lèvres n'est pas rare ; le bégaiement s'observe assez souvent. Il peut arriver que le malade, parfaitement conscient soit incapable de prononcer une parole.

Enfin il paraît exister une variété spéciale de pa-

ralysié intéressant seulement le voile du palais et se traduisant par une altération de la voix caractéristique.

*Tremblement.* — Les tremblements sont très fréquents : ici encore le début a généralement lieu au niveau de l'extrémité d'un des membres : de là le trouble peut gagner un segment du membre ou celui-ci tout entier. La durée du tremblement, la rapidité de son extension, l'amplitude des oscillations sont extrêmement variables.

*Impulsions motrices.* — Une description d'ensemble étant évidemment impossible nous ne pouvons ici que donner des exemples des faits qui ont été observés. On a vu des malades promener quelques instants leur langue sur leurs lèvres, frotter leur oreille du bout du doigt, déboutonner et reboutonner plusieurs fois leur gilet, pirouetter sur un pied, sauter, danser ou saluer profondément. D'autres font quelques pas en avant ou en arrière ; cette dernière variété constitue l'*aura cursativa* indiquée par les auteurs.

*Auras vaso-motrices.* — Comme les auras dûes à une vaso-dilatation ou à une vaso-constriction plus ou moins généralisée on a noté la coloration d'abord rouge puis violette de la main ou du front, le gonflement du doigt, la pâleur subite de la face. M. Voisin a observé deux fois « une teinte rash générale qui annonçait évidemment une paralysie des vaso-moteurs. »

Nous connaissons maintenant les accidents relatifs à la motricité et à la sensibilité affective ou per-

ceptive dont se composent les auras. Si l'un de ces accidents se manifeste isolément il constituera une *aura simple* : au contraire si plusieurs d'entre eux apparaissent en même temps ou se succèdent immédiatement ils formeront une *aura complexe*. Les nombreux exemples d'auras complexes qu'on trouvera dans nos observations suffiront à faire voir ce qu'est habituellement cette variété. Mais il est des cas où elle comprend une série vraiment extraordinaire d'accidents essentiellement différents les uns des autres. Une observation de Gowers montrera quel degré peut atteindre cette complexité. Le malade dont il s'agit dans cette observation était prévenu de son attaque par une aura ainsi constituée : « douleur et crampe dans la région de l'hypochondre gauche, sensation de boule remontant dans le côté gauche de la poitrine avec un bruit particulier de « toc-toc » et des coups entendus et sentis à la région supérieure de la poitrine, bruits de sifflet, apparition d'une vieille femme offrant quelque chose ayant l'odeur de la fève du Tonkin, puis de deux lumières rondes s'approchant par saccades, sensation d'étouffement ».

Sans doute les faits de ce genre ne sont pas nombreux. Il n'en est pas moins vrai que dans près de moitié des cas, l'aura intéresse plusieurs sens ou porte à la fois sur la sensibilité ou sur la motricité.

Une remarque nous reste à faire : dans la classification et dans l'exposé symptomatologique qui précèdent nous n'avons pas admis d'*aura psychique* nous basant sur ce fait que les troubles intellectuels

habituellement compris sous cette dénomination ne se manifestent jamais isolément en tant que prodromes immédiats de l'attaque, mais sont alors simplement surajoutés à un trouble de la sensibilité perceptive. Par cela même, nous avons reconnu l'existence d'une variété spéciale d'aura complexe dont l'observation due à M. Feré et citée plus haut, est un remarquable exemple. Notre observation XXXVI nous paraît bien propre à mettre en évidence l'importance toute secondaire du trouble intellectuel dans les cas de ce genre.



## Statistique

---

La fréquence de l'aura dans l'épilepsie est difficile à représenter par des chiffres parfaitement exacts. Il peut arriver, en effet, que le malade ne distingue pas ou ne puisse décrire les phénomènes qui précèdent la perte de connaissance au début de l'attaque, et sans doute il en est ainsi dans bien des cas lors des premiers accidents. Plus tard l'épileptique, même s'il est peu intelligent, apprend à s'observer, mais d'autres difficultés subsistent. Ainsi il est incontestable qu'une amnésie rétrograde peut faire perdre au malade le souvenir de ce qu'il a éprouvé un peu avant sa chute. Ces causes possibles d'erreur, expliquent dans une certaine mesure les résultats si variables auxquels sont arrivés les différents auteurs. Il importe de remarquer encore que certains d'entre eux ont confondu les prodromes éloignés et les prodromes immédiats. Il en est ainsi dans les statistiques de Lieveking et dans celles d'Hammond qui, dès lors, ne sauraient être d'aucune utilité pour notre étude.

Citons maintenant parmi les chiffres qu'indiquent les auteurs ceux qui s'appliquent uniquement à l'aura, telle que nous l'avons définie.

Pour Russel Reynolds, l'aura s'est trouvée certaine chez 43 p. 100 de ses malades. Chez 16 p. 100 d'entre eux elle a paru douteuse.

Echeverria donne les chiffres de 10 p. 100 chez l'homme, de 11,53 p. 100 chez la femme.

Gowers, sur mille malades, a rencontré 505 auras indiscutables.

Enfin O'Connor qui a réuni 150 cas d'épilepsie observés à la Salpêtrière, expose ainsi les résultats de ses recherches :

|                      |   |                  |    |                     |      |
|----------------------|---|------------------|----|---------------------|------|
| Auras : 118          | { | Motrices . . . . | 19 | } Sur 150 cas, soit | 78 % |
|                      |   | Sensitives . .   | 32 |                     |      |
|                      |   | Sensorielles .   | 19 |                     |      |
|                      |   | Psychiques . .   | 4  |                     |      |
|                      |   | Complexes . .    | 20 |                     |      |
|                      |   | Hystéroïdes .    | 24 |                     |      |
| Pas d'Aura . . . . . |   |                  | 32 |                     |      |

Nous avons nous-mêmes examiné 100 épileptiques comprenant 60 hommes et 40 femmes. L'aura existait dans 71 cas se décomposant ainsi :

1° Chez les femmes, dans 29 des 40 cas, soit 72,5 %.

2° Chez les hommes dans 42 des 60 cas, soit 70 %.

L'aura était constante dans 66 des 71 cas où elle existait, soit 92,9 %. Elle était invariable dans 65 cas, soit 91,5 %. Elle était complexe dans 34 cas. Enfin, parmi les 37 cas où nous l'avons trouvée simple, elle portait 16 fois sur la sensibilité affective, 12 fois sur la sensibilité perceptive, 9 fois sur la motricité.

Les recherches qui nous ont conduit à ces résultats ont été faites dans les asiles de Villejuif et de Ville-Evrard. M. le D<sup>r</sup> Briand et M. le D<sup>r</sup> Marandon de Montyel, médecins en chef de ces établissements ont bien voulu mettre à notre disposition les grandes ressources qu'offrent leurs services. Nous ne saurions trop les remercier de leur extrême bienveillance.



## OBSERVATIONS

---

Parmi les observations que nous avons pu recueillir, nous avons choisi, pour les donner ici, toutes celles où l'aura s'est trouvée complexe, inconstante ou variable ou a paru présenter, relativement à sa nature, à sa durée et à ses rapports avec le paroxysme épileptique, une particularité intéressante.

---

### OBSERVATION I

#### *Aura simple, inconstante, variable*

Marie-Adélaïde G..., 44 ans, journalière (service de M. Briand.)

Antécédents héréditaires inconnus. Pas de maladie grave.

Fortes contusions de la tête à 14 ans. Peu de temps après, première attaque convulsive très courte, survenue sans prodromes.

Premières règles à 15 ans. Une fausse couche un an après, puis quatre accouchements. Accidents convulsifs rares jusque-là.

Depuis deux ans attaques diurnes tous les quinze jours environ. Quelques vertiges. Hallucinations visuelles fréquentes. Depuis un an quelques absences survenant irrégulièrement.

*Aura.* — L'aura est inconstante. Quand elle se manifeste elle est constituée soit par une angoisse précordiale, soit par un tremblement rapide des membres supérieurs, soit par embarras de la parole. Cette dernière variété précède spécialement les vertiges et les absences.

Traitement bromuré : pas de résultat appréciable.

## OBSERVATION II

*Aura simple, invariable apparue seulement après une amélioration marquée de l'état général*

Ernestine G..., 37 ans, mariée, femme de ménage (service de M. Briand.)

Pas d'antécédents héréditaires à signaler, pas de maladie grave.

Cinq enfants ; trois morts très jeunes de convulsions.

Début de la maladie à 14 ans à la suite d'une frayeur.

Premières règles à 19 ans. A cette époque attaques très fréquentes ; plusieurs fois état de mal persistant deux ou trois jours.

Depuis attaques moins fréquentes, tous les jours encore pendant l'hiver, tous les deux ou trois jours pendant l'été. Troubles intellectuels très marqués.

*Aura.* — La malade n'a jamais éprouvé qu'un seul genre d'aura : elle ressent en quelques points du cuir chevelu une sorte de picotement qu'elle compare à des morsures de fourmis. Cette sensation augmente rapidement d'intensité et se généralise à toute la tête ; à ce moment la chute survient.

L'aura est maintenant constante mais elle n'existe que depuis que les attaques sont devenues moins fréquentes ; le traitement bromuré ne l'a pas modifiée.

### OBSERVATION III

#### *Aura complexe, constante, invariable*

Denis M..., 22 ans, jardinier (service de M. Marandon de Montyel.)

Rien à noter sur le père ni sur la mère. Plusieurs parents éloignés aliénés ou sujets à des accidents convulsifs.

Début de la maladie à 14 ans. Grande attaque tous les 15 jours. Pas de vertiges. Prodromes constitués par une excitation musculaire, une impossibilité de rester en place.

*Aura.* — Le malade voit descendre devant ses yeux un brouillard épais, puis un globe de feu animé d'un mouvement rapide traverse le champ visuel. Il se produit du blépharospasme et la chute survient.

Cette aura ne se modifie jamais et précède toutes les attaques.

OBSERVATION IV

*Aura complexe, constante, invariable.*

Gustave V..., 24 ans, journalier. (Service de M. Marandon de Montyel).

Pas d'antécédents héréditaires. Rougeole à 5 ans.

Début des accidents à 7 ans par une grande attaque convulsive.

Depuis séries d'attaques subintrantes se reproduisant tous les huit jours. Jamais de vertiges. Délire postépileptique.

*Aura.* — Le malade éprouve une sensation de corps étranger dans les fosses nasales. Il cherche par des expirations brusques et répétées à expulser ce corps étranger ; le visage grimace et la chute survient.

La même scène se reproduit avant toutes les attaques.

OBSERVATION V

*Aura complexe, constante, invariable.*

Adolphe D..., 30 ans, distillateur.

Père alcoolique mort d'hémorragie cérébrale. Pas d'antécédents personnels à noter.

Début de l'épilepsie à 4 ans. Crises convulsives fréquentes.

Quelques vertiges ; quelques absences. Délire postépileptique.

Prodrômes constitués par un état gastrique plus ou moins prononcé.

*Aura.* — L'aura est constituée par une vive céphalalgie occipitale survenant brusquement et s'accompagnant presque aussitôt de vertige oculaire. Elle est constante et toujours la même.

#### OBSERVATION VI

*Aura complexe, constante, invariable.*

Prosper P..., 24 ans, marchand de couleurs. (Service de M. Marandon de Montyel).

Père mort de ramolissement cérébral. Rougeole pendant l'enfance.

Pas d'autres renseignements.

Début de l'épilepsie à 11 ans : attaques nocturnes avec émission involontaire d'urine. Depuis attaques diurnes et nocturnes survenant à peu près trois fois par semaine.

Jamais de vertiges.

Prodrômes constitués par un état nauséeux, de la céphalalgie frontale, une dépression intellectuelle très marquée.

*Aura.* — Quelques moments avant la chute, le malade est en proie à une angoisse qui va croissant : le regard fixe, l'air hagard, il désigne des êtres imaginaires qui l'entourent, et pousse des cris aigus.

Cette aura ne s'est jamais modifiée.

Durand

OBSERVATION VII

*Aura complexe, constante, invariable.*

Corentin C..., 33 ans, sellier. (Service de M. Marandon de Montyel).

Père alcoolique. Rien de particulier pendant l'enfance.

Habitudes d'alcoolisme contractées pendant le service militaire.

Début des accidents à 25 ans par de grandes attaques convulsives bimensuelles.

Aujourd'hui attaques aussi fréquentes ; vertiges un peu plus nombreux.

Prodrômes constitués par un malaise général indéfinissable.

*Aura.* -- Une angoisse saisit le malade et s'accompagne bientôt de visions terrifiantes. Ce sont des fantômes à tête pâle, aux yeux brillants, revêtus d'étoffes blanches qui s'approchent du malade et cherchent à lacérer ses vêtements. A ce moment, le malade tourne huit à dix fois sur lui-même de gauche à droite et tombe à droite.

L'aura est constante et n'a jamais varié.

OBSERVATION VIII

*Aura complexe, constante, invariable.*

Charles G..., 21 ans, peintre en bâtiments. (Service de M. Marandon de Montyel)

Père et mère morts tuberculeux.

Alcoolisme depuis quatre ans.

Début des accidents épileptiques à 15 ans. Depuis grandes attaques survenant toutes les 3 semaines. Jamais de vertiges.

*Aura.* — La mâchoire inférieure est d'abord agitée de mouvements rapides dans le sens vertical, puis le malade pousse un cri prolongé, qui dure environ trente secondes. Pendant tout ce temps le malade est parfaitement conscient et on arrive près de lui avant sa chute.

Cette aura ne se modifie jamais et précède toutes les attaques sans exception.

#### OBSERVATION IX

*Aura complexe, constante, invariable.*

Joseph D..., 23 ans, cultivateur (service de M. Marandon de Montyel.)

Père mort alcoolique. Mère ayant présenté des troubles nerveux mal précisés par le malade.

Alcoolisme avéré.

Début des accidents à 26 ans par une grande attaque convulsive. Depuis grandes attaques peu fréquentes (tous les mois environ). Quelques accès maniaques.

*Aura.* — Quelques moments avant de tomber, le malade se met à chanter à pleine voix. Il danse et se livre à une gesticulation variée, les mouvements des membres supérieurs apparaissent après ceux des membres

intérieurs. La tête finit par participer à ces mouvements et la chute survient aussitôt.

Cette scène précède toutes les attaques sans présenter jamais aucune modification.

#### OBSERVATION X

*Aura complexe, constante, invariable.*

Eugénie P..., 23 ans, célibataire, domestique (service de M. Briand).

Père alcoolique mort tuberculeux. Mère très émotive, morte avec de l'ascite. Rien à noter au cours de la première enfance.

Première attaque à 13 ans. Depuis attaques diurnes fréquentes. Pas de vertiges.

Prodromes constitués par un état gastrique et un malaise général.

*Aura.* — La malade est prise d'une vive céphalalgie occipitale. Il lui semble qu'elle va perdre l'équilibre et tomber. Un brouillard léger s'étend devant elle et l'attaque convulsive survient.

Cette aura ne s'est jamais modifiée.

#### OBSERVATION XI

*Aura complexe, constante, invariable.*

Alice P..., 26 ans, célibataire (service de M. Briand).

Grand père paternel mort d'hémorrhagie cérébrale.

Deux frères « très nerveux ». Pas d'antécédents personnels.

Première attaque à 16 ans sans cause déterminante appréciable. Pendant les six mois suivants une grande attaque tous les quinze jours. Depuis grandes attaques survenant très irrégulièrement ; quelques vertiges et quelques absences.

Prodromes constitués par une modification sensible du caractère.

*Aura.* — La malade éprouve tout-à-coup une grande difficulté à s'exprimer ; la parole devient de plus en plus embarrassée, de plus en plus hésitante. Du vertige oculaire survient et la malade perd aussitôt conscience.

Cette aura, toujours la même, précède les vertiges et les absences comme les grandes attaques convulsives.

## OBSERVATION XII

*Aura complexe, constante, invariable.*

Ernestine B..., 23 ans, mariée, sans profession (service de M. Briand).

Père alcoolique. Mère épileptique morte à trente-deux ans d'une affection pulmonaire.

Fièvre typhoïde à 10 ans. Premières règles à 16 ans. Mariage à 19 ans. Une fille morte à cinq ans d'accidents méningés. Première attaque à quatorze ans à la suite d'une émotion vive. Depuis grandes attaques toujours diurnes survenant toutes les semaines.

*Aura.* — La malade ressent d'abord quelques secousses dans les membres supérieurs puis dans les membres

inférieurs. Elle sursaute ; la tête roule sur les épaules, se fléchit et se défléchit, puis dans un mouvement de salution final, la malade tombe en avant.

Cette aura est constante. Le traitement bromuré ne l'a pas modifiée.

### OBSERVATION XIII

*Aura complexe, constante, invariable.*

Marie G..., 45 ans, célibataire, sans profession. (Service de M. Briand).

Père alcoolique. Mère présentant une débilité mentale certaine.

Convulsions au moment de l'apparition des dents. Rougeole à huit ans. Instabilité mentale, caractère difficile, défaut de mémoire et d'attention.

Début des accidents épileptiques à douze ans : aura cursativa suivi de vertige. Depuis attaques de grand mal diurnes et nocturnes ; vertiges fréquents.

*Aura.* — La malade pâlit, se lève, marche devant elle et s'arrête pour tomber.

Cette scène rapide précède les vertiges comme les grandes attaques.

### OBSERVATION XIV

*Aura complexe, constante, invariable.*

Louise F..., 25 ans, célibataire, sans profession. (Service de M. Briand).

Père mort alcoolique. Mère nerveuse.

Début de la maladie dans l'enfance. Fréquentes attaques nocturnes avec émission involontaire d'urine. Premières règles à quatorze ans. Attaques plus rares ; quelques vertiges. Débilité mentale très marquée. Depuis un an quelques absences.

*Aura.* — L'aura est très courte : une légère difficulté de la prononciation, une brusque sensation d'angoisse préviennent à peine la malade qui tombe et fait son attaque ou reste immobile et n'a qu'une absence.

L'aura est la même dans les deux cas. Le traitement bromuré n'a pas eu d'influence sur elle.

#### OBSERVATION XV

*Aura complexe, constante, invariable.*

Clémence N..., 30 ans, célibataire, domestique. (Service de M. Briand).

Père sujet à des accès mélancoliques. Mère très nerveuse.

Pas d'antécédents personnels à noter.

Première attaque à vingt trois ans à la suite d'une frayeur. Depuis attaques diurnes tous les mois.

*Aura.* — La malade est prise brusquement d'une vive céphalalgie frontale. Sa vue se trouble. Elle sent ses jambes se dérober sous elle. Elle dit d'une voix brève : « Attention, je vais tomber » et la perte de connaissance survient. La même scène précède toutes les attaques.

OBSERVATION XVI

*Aura complexe, constante, invariable.*

Clémentine T..., 26 ans, célibataire. (Service de M. Briand).

Père alcoolique ; mère nerveuse ; une sœur épileptique. Jeunesse malade, tempérament très émotif.

Première attaque à seize ans, extrêmement violente. Un an après état de mal ayant persisté plusieurs jours. Depuis grandes attaques survenant à peu près tous les dix jours.

Prodrômes constitués par de l'irritabilité très marquée et des troubles gastriques.

*Aura.* — Lorsque l'attaque va survenir, la malade cesse de percevoir distinctement les objets qui l'entourent. Une lumière rouge diffuse et d'un éclat uniforme lui apparaît ; elle prononce quelques paroles indistinctes et perd conscience.

Le traitement bromuré a diminué le nombre des attaques sans modifier l'aura.

OBSERVATION XVII

*Aura complexe, constante, invariable*

Joséphine R..., 45 ans, célibataire (service de M. Briand.)

Père alcoolique. Mère nerveuse.

Pas de maladie pendant l'enfance. Alcoolisme depuis l'âge de vingt ans.

Première attaque à vingt-deux ans à la suite d'une peur très vive. Depuis grandes attaques presque quotidiennes, souvent nocturnes.

*Aura.* — L'aura débute par une vive céphalalgie frontale. Puis les objets semblent à la malade se mouvoir et tourner autour d'elle. Ce mouvement s'accélère de plus en plus et la chute survient.

Le traitement bromuré n'a donné aucun résultat.

#### OBSERVATION XVIII

##### *Aura complexe, constante, invariable*

Marie R..., 23 ans, célibataire, sans profession (service de M. Briand.)

Père alcoolique ; mère un peu nerveuse ; un oncle présentant des signes de débilité mentale.

Pendant l'enfance convulsions avec hémiplegie et paraphasie. La malade est restée ensuite deux ans sans parler ; elle a désappris à lire et à écrire.

Premières règles à douze ans. Depuis cette époque grandes attaques tous les quinze jours à peu près. Vertiges assez fréquents.

*Aura.* — La malade ressent une vive angoisse pré-cordiale qui s'accompagne presque aussitôt de vertige oculaire et de spasme laryngé. Une sensation de froid intense

Durand

7

envahit le front, la tête et le corps tout entier ; la perte de conscience survient.

Cette aura précède les vertiges comme les attaques convulsives sans se modifier jamais.

#### OBSERVATION XIX

*Aura complexe, constante, invariable*

Clémence E..., 24 ans, célibataire, sans profession (service de M. Briand.)

Père alcoolique ; mère de tempérament très émotif.

Convulsions lors de l'apparition des dents. Pas de maladie fébrile pendant l'enfance.

Début de la maladie inconnu. Actuellement attaques de grand mal fréquentes, présentant leur maximum d'intensité aux périodes menstruelles.

*Aura.* — La malade éprouve la sensation de la boule hystérique et le spasme laryngé qui la termine. Survient ensuite de l'angoisse précordiale, un tremblement rapide des membres supérieurs, une douleur frontale térébrante, enfin de l'obnubilation de la vue.

Tous ces phénomènes se présentent dans le même ordre, avant chaque attaque.

#### OBSERVATION XX

*Aura complexe, constante, invariable*

Marie M..., 19 ans, célibataire, sans profession (service de M. Briand.)

Père alcoolique ; mère de tempérament émotif ; trois sœurs présentant des troubles nerveux difficiles à préciser.

Pas de maladie sérieuse pendant l'enfance.

Première attaque convulsive à sept ans à la suite d'un chagrin. Régulée à douze ans, irrégulièrement jusqu'à quinze ans. Grandes attaques convulsives quelquefois suivies d'amnésie rétrograde. Affaiblissement intellectuel marqué.

*Aura.* — La malade pâlit, sent son cœur « battre comme une pendule. » Une brusque sensation de strangulation l'étreint, la face se congestionne tout à coup, la vue s'obnubile et la perte de conscience survient.

Toutes les attaques s'annoncent par la même succession de phénomènes.

## OBSERVATION XXI

### *Aura complexe, constante, invariable*

Alexandrine J..., 25 ans, célibataire, sans profession (service de M. Briand).

Père buveur ; mère morte à cinquante-six ans de maladie inconnue.

Début des accidents convulsifs à dix ans. Fièvre typhoïde à douze ans. Augmentation du nombre et de l'intensité des attaques. Rémission au moment des premières règles, à quinze ans. Depuis attaques redevenues fréquentes, d'intensité inégale.

*Aura.* — La malade entend dans les deux oreilles une sorte de bourdonnement rappelant le bruit d'une chute

d'eau. Elle émet quelques mots indistincts puis le maxillaire inférieur est agité de mouvements latéraux de plus en plus rapides, de plus en plus intenses. Du vertige oculaire survient précédant immédiatement la chute.

Le traitement bromuré n'a nullement modifié cette aura.

## OBSERVATION XXII

### *Aura complexe, constante, invariable*

Julie S..., 35 ans, célibataire, domestique (service de M. Briand).

Antécédents héréditaires inconnus. Pas d'antécédents personnels à signaler.

Début des accidents à 26 ans par un accès de délire suivi d'amnésie. Depuis le grand mal s'est établi progressivement. Actuellement grandes attaques peu fréquentes, n'apparaissant guère qu'au moment des règles. Dans l'intervalle vertiges très courts. Prodromes constitués par une phase de dépression mélancolique.

*Aura.* — La malade voit défiler devant ses yeux des maisons, des arbres, des fleurs. A ces hallucinations visuelles se joint une sensation de malaise indéfinissable. La perte de la connaissance est invariablement précédée de l'apparition d'un homme rouge.

Ces divers troubles précèdent aussi bien les vertiges que les attaques convulsives.

OBSERVATION XXIII

*Aura complexe, constante, invariable*

Amélie D..., 28 ans, célibataire, sans profession (service de M. Briand).

Père alcoolique. Une tante épileptique.

Rhumatisme articulaire aigu à huit ans, fièvre typhoïde à quinze ans, débilité mentale : inaptitude aux travaux les plus simples.

Première attaque convulsive à vingt-quatre ans à la suite d'une vive émotion. Depuis attaques rares (tous les deux mois environ).

*Aura.* — La malade perçoit dans la bouche une saveur métallique, un goût de cuivre en même temps qu'une sensation de sécheresse et d'astringence. Elle frissonne, sa vue s'obscurcit ; elle perd connaissance.

La malade a eu deux vertiges précédés de la même aura.

OBSERVATION XXIV

*Aura complexe, constante, invariable, de durée anormale.*

Eugénie P..., 36 ans, célibataire, couturière (service de M. Briand).

Père mort aliéné. Mère hystérique.

Première attaque à l'âge de dix ans à l'occasion d'une frayeur causée par la chute d'un obus. Deux années se passent sans crise. A douze ans attaques presque toujours nocturnes ; automatisme ambulateur tantôt isolé, tantôt consécutif aux attaques. Aujourd'hui crises plus rares.

*Aura.* — La malade éprouve d'abord de l'angoisse précordiale. Des hallucinations visuelles panoramiques se succèdent ensuite : ce sont des spectacles très changeants dont quelques uns reproduisent aux yeux de la malade des scènes de son enfance. Surviennent ensuite simultanément du vertige oculaire et un spasme laryngé qui précèdent immédiatement la chute.

La durée de cet aura n'est pas moindre de deux minutes.

#### OBSERVATION XXV

*Aura complexe, constante, brusquement modifiée sans manifestation d'aucun changement dans l'état général de la malade.*

Anna D..., 19 ans, célibataire, couturière (service de M. Briand).

Antécédents héréditaires inconnus. Pas de maladie sérieuse ; les règles n'ont pas encore apparu ; douleurs abdominales tout les mois.

Accidents convulsifs dans l'enfance ; la date de la première attaque ne peut être fixée. Pas de crises au moment des douleurs abdominales mensuelles. En dehors de ces périodes attaques fréquentes.

*Aura.* — Jusqu'à l'âge de seize ans, l'aura se manifestait de la façon suivante : une contraction douloureuse fléchissait les doigts sur la main et étendait la main sur l'avant-bras. Le malade avait le temps d'appeler à l'aide. Depuis trois ans l'aura s'est modifiée et le changement a été brusque ; rien n'aurait pu le faire prévoir. La malade est maintenant prévenue de son attaque par un embarras de la parole qui survient tout-à-coup et qui est rapidement suivi de vertige oculaire et de perte de la connaissance. Quelques secondes suffisent à l'apparition de ces différents phénomènes.

Le traitement bromuré a été institué sans résultat.

#### OBSERVATION XVI

*Aura complexe, constante, variable.*

Désirée A..., 22 ans, célibataire, cartonnrière. (Service de M. Briand).

Père alcoolique ; mère de caractère emporté.

Fièvre typhoïde dans l'enfance.

Début des accidents vers quinze ans ; attaques nocturnes avec émission involontaire d'urine. Depuis attaques diurnes survenant tous les deux jours. Quelques absences ; quelques vertiges.

*Aura.* — L'aura est variable dans son début. Tantôt c'est une sensation de boule hystérique avec strangulation laryngée finale qui précède le vertige oculaire lequel à son tour précède immédiatement la chute ; tantôt ce sont des hallucinations visuelles reproduisant presque toujours

des scènes se rattachant à l'enfance du malade, qui aboutissent à ce même vertige oculaire.

Le traitement bromuré a diminué le nombre des absences et des vertiges sans modifier l'aura.

#### OBSERVATION XXVII

*Aura complexe, constante, variable.*

Marie Q..., 21 ans, célibataire, sans profession. (Service de M. Briand).

Mère nerveuse, morte à trente ans d'une affection pulmonaire.

Convulsions dans l'enfance

Début des accidents épileptiques à dix ans à la suite d'une frayeur ; attaques survenant tous les deux et trois jours. Premières règles à seize ans. Depuis cette époque, les attaques ne se renouvellent plus que tous les quinze jours environ.

*Aura.* — Une grande lumière éblouit la malade. Cette hallucination est unilatérale : la malade voit dit-elle, un soleil dans son œil droit. Tout s'efface et la nuit se fait. A ce moment une douleur contuse se manifeste, localisée dans la jambe et dans le bras droits qui sont en même temps agités de quelques spasmes. Du vertige oculaire survient et la malade tombe.

La première partie de l'aura est absolument constante. Les spasmes et la douleur des membres du côté droit varient d'intensité et de durée. Le vertige manque souvent.

*Nota.* — Champ visuel normal.

OBSERVATION XXVIII

*Aura complexe, constante, variable.*

Clara J..., 20 ans, mariée, sans profession. (Service de M. Briand).

Un frère mort de convulsions à quatre mois.

Convulsions à onze mois. Rougeole à deux ans. Une autre maladie fébrile à six ans.

Première attaque à deux ans à la suite d'une frayeur. Pas d'autre crise jusqu'à neuf ans. Depuis cette époque accès fréquents ; actes impulsifs et délire postépileptique. Quelques vertiges.

*Aura.* — La malade éprouve d'abord une sensation douloureuse de morsure, de rongement à l'annulaire droit. Les doigts de la main droite s'ouvrent, se ferment, s'écartent les uns des autres dans une série de mouvements athétoïdes. La douleur gagne le bras, le tronc, le membre inférieur. Le bras et la jambe sont alors agités d'un tremblement vibratoire rapide. Le plus souvent la sensation de boule hystérique survient à ce moment, précédant immédiatement la perte de conscience, mais elle n'est pas aussi constante que les troubles précédents. Elle n'apparaît jamais avant les vertiges.

OBSERVATION XXIX

*Aura complexe, constante, variable*

Pierre C..., 23 ans, typographe (service de M. Marandon de Montyel).

Pas d'antécédents héréditaires à signaler.

Durand

Excès vénériens de seize à vingt ans. Pas d'alcoolisme.

Début de la maladie à dix-neuf ans par une crise convulsive. Depuis cette époque, attaques se répétant chaque mois ; vertiges survenant tous les quinze jours.

Prodromes constitués par une irritabilité très marquée.

*Aura.* — Un tremblement à petites oscillations s'empare du maxillaire inférieur puis le tronc s'incurve à droite, la tête s'incline sur l'épaule droite ; les yeux sont déviés en haut et à gauche. Le malade éprouve en même temps une sensation de faiblesse extrême dans les membres inférieurs qui sont à la fin pris de tremblement. Le malade s'affaisse et perd conscience.

L'aura se limite quelquefois au tremblement du maxillaire. Cette forme est plus spéciale aux vertiges.

#### OBSERVATION XXX

##### *Aura complexe, constante, variable*

Joseph B..., 26 ans, tonnelier (service de M. Marandon de Montyel).

Mère sujette à des crises de grande hystérie.

Une fièvre grave pendant l'enfance.

Début de la maladie à neuf ans par une grande attaque. Cessation au moins apparente des accidents pendant quinze ans. Depuis deux ans les attaques convulsives reparaissent tous les mois.

*Aura.* — Les doigts de la main droite puis ceux de la main gauche se placent tout à coup en extension forcée ;

un tremblement rapide agite les membres supérieurs. En même temps surviennent des hallucinations auditives constituées par des bruits de sifflet et de vapeur. La chute a lieu à ce moment

Les hallucinations auditives peuvent manquer. De plus elles sont quelquefois remplacées par du vertige oculaire.

#### OBSERVATION XXXI

##### *Aura complexe, constante, variable*

Alfred G..., 21 ans, valet de chambre (service de M. Marandon de Montyel].

Pas d'antécédents héréditaires à signaler.

Fièvre typhoïde à douze ans.

Début de la maladie à onze ans à la suite d'une peur dans un cimetière ; quelques attaques convulsives. Cessation des accidents pendant la durée de la fièvre typhoïde et les six mois qui ont suivi. Depuis grandes attaques survenant tous les quinze jours.

*Aura.* — Le malade perçoit d'abord dans la bouche un goût de vinaigre qui persiste. Il annonce sa crise à ceux qui l'entourent. Puis un brouillard dans lequel sautillent des boules de feu s'étend devant ses yeux en même temps que ses globes oculaires sont agités de mouvements irréguliers. Les hallucinations visuelles disparaissent et le malade tombe.

L'aura est souvent incomplète : les troubles gustatifs et les troubles visuels peuvent apparaître isolément.

OBSERVATION XXXII

*Aura complexe, inconstante, invariable*

Berthe R..., 40 ans, mariée, journalière (service de M. Briand].

Antécédents héréditaires inconnus. Pas d'antécédents personnels à signaler.

Première crise à dix ans à la suite d'une émotion vive. Depuis attaques convulsives survenant tous les jours, puis tous les deux ou trois jours et n'apparaissant plus maintenant que deux fois par mois environ.

Prodromes constitués par des troubles gastriques et des douleurs abdominales, de l'irritabilité, des impulsions homicides.

*Aura.* — La malade ressent dans tout le ventre et spécialement au niveau de l'estomac une sensation de chaleur qui, de là, remonte assez lentement. Lorsque cette sensation va porter sur la gorge, il se produit des bourdonnements d'oreille et la malade perd conscience.

Cette aura est inconstante : la malade s'est blessée plusieurs fois en tombant.

Le traitement bromuré a diminué le nombre des attaques sans modifier l'aura qui est restée relativement aussi fréquente.

OBSERVATION XXXIII

*Aura complexe, inconstante, invariable.*

Laurent G..., 26 ans, journalier (service de M. Marandon de Montyel).

Père sujet à de violents accès de colère. Mère morte tuberculeuse.

Fièvre typhoïde dans l'enfance.

Début de l'épilepsie à seize ans à la suite d'une frayeur.

Attaques convulsives survenant tous les quinze à vingt jours ; depuis deux ans vertiges fréquents.

*Aura.* — L'aura est constituée par une sensation de jet d'eau en douche sur la paroi abdominale ; cette sensation remonte jusqu'à l'épaule droite. Il survient alors du vertige oculaire précédant immédiatement la perte de conscience.

L'aura est inconstante, mais elle précède aussi souvent les vertiges que les crises convulsives.

OBSERVATION XXXIV

*Aura complexe, inconstante, invariable.*

Alfred T..., 28 ans, journalier (Service de M. Marandon de Montyel).

Père alcoolique ; mère sujette à des crises nerveuses. Alcoolisme et absinthisme.

Début de la maladie à 23 ans par une grande attaque.

Depuis attaques survenant tous les huit jours ; vertiges un peu plus fréquents. Délire postépileptique.

Prodromes constitués par de la céphalalgie et une légère obnubilation de la vue.

*Aura.* — Le malade prononce quelques paroles dont on ne peut pas saisir le sens et qui deviennent de plus en plus rapides et de moins en moins distinctes. La vue se trouble et la chute survient.

L'aura est inconstante, mais appartient aussi bien aux vertiges qu'aux attaques.

#### OBSERVATION XXXV

*Aura complexe, inconstante, invariable.*

Anna D..., 36 ans, célibataire, cuisinière (service de M. Briand). Père alcoolique. Mère morte à cinquante-trois ans dans un accès de mélancolie (suicide probable).

Fièvre typhoïde à six ans. Coqueluche à sept ans. Chorée à douze ans ayant persisté six mois. Tempérament très émotif. Première attaque à huit ans survenue au milieu d'une lecture qui avait vivement impressionné la malade. Depuis grandes attaques à peu près mensuelles, survenant au moment des règles, quelquefois à l'occasion d'une lecture.

*Aura.* — La malade ressent tout à coup un malaise général ; le cœur bat avec force ; la respiration devient pénible. Une sensation de constriction se produit au niveau du pharynx ; la bouche est déviée à droite. Un tremblement rapide s'empare des doigts de la main droite pour

gagner de là l'avant-bras et le bras. La vue se trouble et la perte de conscience survient aussitôt.

Ces troubles, quand ils se manifestent, se succèdent toujours dans le même ordre. Ils manquent souvent et la malade s'est plusieurs fois blessée en tombant.

Le traitement bromuré a diminué le nombre des crises, mais ne paraît pas avoir eu d'action sur l'aura.

#### OBSERVATION XXXVI.

*Aura complexe avec troubles intellectuels, inconstante, invariable.*

Adeline D..., 34 ans, mariée, sans profession (service de M. Briand).

Mère épileptique, alcoolique et éthéromane ; une sœur épileptique.

Alcoolisme depuis dix ans (liqueurs à essences). Troubles mentaux postpuerpéraux à l'âge de vingt-deux ans.

Début des accidents comitiaux à vingt-cinq ans à la suite d'excès alcooliques : attaques nocturnes de grand mal. Depuis quelques années attaques diurnes survenant tous les mois. Vertiges et absences survenant irrégulièrement.

*Aura.* — A l'occasion d'un fait insignifiant une vive émotion s'empare de la malade qui rougit et sent son cœur battre avec violence ; les objets qui l'environnent lui semblent s'agiter et tourner autour d'elle. Bientôt tout s'efface pour faire place à des hallucinations se rattachant à différentes périodes de l'existence de la malade. Elle revoit

son pays d'enfance, une scène de jeu, ses parents morts, etc. Ces visions défilent devant ses yeux très rapidement ; elles deviennent de moins en moins précises ; un voile les recouvre. A travers ce voile, elle entrevoit des gens inconnus qui l'entourent et se rapprochent d'elle. Ces gens parlent et répètent la pensée qu'elle formule en ce moment. Alors survient la perte de conscience.

Cette aura précède invariablement les attaques convulsives. Elle est très inconstante pour les vertiges et pour les absences.



### Pathogénie de l'aura

Au point de vue de la pathogénie plus qu'à tout autre l'étude de l'aura est indissolublement liée à l'étude générale du paroxysme épileptique ; c'est dire que nous ne possédons à son sujet que des données encore incomplètes. Mais s'il est impossible aujourd'hui de formuler des conclusions indiscutables, l'exposition des résultats acquis n'en est pas moins intéressante.

La première question qui se pose est évidemment de savoir si les auras sont d'origine périphérique ou d'origine centrale. La théorie qui leur attribuait une origine périphérique, soutenue en particulier par Locher, Maisonneuve, Portal, n'a plus qu'un petit nombre de partisans ; elle semblait expliquer clairement ces cas relativement nombreux où le malade prévenu par une aura bien nette parvient au moyen par exemple d'une forte compression ou de la ligature d'un membre, à empêcher l'apparition des phénomènes convulsifs. Elle s'appuyait surtout sur ces observations si curieuses où l'extirpation d'une tumeur ou l'avulsion d'une dent cariée a fait cesser les attaques. Schort et Delasiauve ont rapporté des faits de ce genre absolument indiscutables. Mais outre que ces cas sont tout-à-fait exceptionnels, nous ne pensons pas que personne aujour-

d'hui prétende que la présence dans l'organisme d'un néoplasme ou d'un organe malade puisse suffire à créer de toutes pièces l'épilepsie. Dès lors les phénomènes anormaux qui peuvent avoir lieu au niveau d'un point quelconque du corps ne sauraient être, relativement à la décharge nerveuse qu'une simple cause déterminante. Les expériences si connues de Brown-Sequard produisant des convulsions épileptiformes par l'excitation du bout central du nerf sciatique après enlèvement des parties supérieures de l'encéphale, ne prouvent nullement que l'attaque, telle qu'on l'observe chez l'homme soit la portion centrifuge d'un réflexe dont l'aura constituerait dès lors la portion centripète. Ces expériences instituées du reste pour des recherches d'un ordre plus général que la question qui nous occupe portent sur des animaux placés dans des conditions trop spéciales pour permettre d'appliquer à la clinique les résultats obtenus.

Quant aux différentes manœuvres portant sur la partie du corps devenue le point de départ d'une aura au moyen desquelles on a pu empêcher la production des accidents convulsifs, nous aurons à en citer de nombreux exemples quand nous parlerons spécialement du traitement de l'attaque pendant l'aura. Mais nous devons en même temps faire remarquer que ces procédés, quelle que soit leur nature, retardent souvent la décharge, sans permettre de l'éviter. De plus, et c'est un fait sur lequel nous ne saurions trop insister, on a souvent arrêté l'attaque

par des excitations diverses portées sur une région du corps sans aucune relation avec le siège de l'aura. Quelle que soit donc la part à faire aux causes déterminantes dans la pathogénie du paroxysme épileptique, nous admettons avec Axenfeld et presque tous les auteurs les plus récents la théorie de l'origine centrale des auras. Cette idée est plus en rapport avec la manière dont on conçoit maintenant l'épilepsie en général ; elle s'accorde mieux surtout avec les résultats des recherches anatomo-pathologiques et avec les enseignements tirés de quelques interventions chirurgicales qui dans nombre de cas, non seulement d'épilepsie partielle, mais encore d'épilepsie dite essentielle, ont fait reconnaître la présence de lésions diverses, néoplasies ou plaques d'induration cicatricielles siégeant au niveau des zones motrices.

Mais l'expérimentation surtout est favorable à la théorie que nous venons d'admettre. A cet égard l'expérience bien connue de Hitzig est éminemment démonstrative puisqu'on y voit l'électrisation d'un point de l'écorce cérébrale après avoir produit des spasmes limités d'abord à un segment de membre déterminer ensuite et progressivement une généralisation des phénomènes convulsifs à toutes les parties du corps. Nous citerons encore les expériences instituées à un point de vue différent par M. Magnan, dans lesquelles l'ingestion d'un poison — essence d'absinthe ou aldéhyde salicylique — a déterminé une attaque épileptiforme précédée de troubles limités aux muscles de la tête, du cou ou des membres

antérieurs. L'apparition des phénomènes qui représentent l'aura dans ces accidents convulsifs par intoxication, si exactement comparables à la décharge nerveuse épileptique, montre tout au moins qu'on ne peut considérer cette aura que comme la première manifestation de l'état de souffrance des centres nerveux. Le fait clinique que le traitement bromuré a pu dans certains cas supprimer les auras sans entraîner d'autre modification dans l'attaque prouve simplement que l'excitabilité des centres nerveux étant diminuée, un des éléments de cette attaque, celui qui correspond précisément au début de l'excitation anormale, a pu faire défaut. Remarquons encore, puisque nous nous trouvons à nouveau sur le terrain clinique que l'idée de l'origine périphérique des auras s'accorde peu avec les observations assez nombreuses où des troubles, en tout analogues aux auras, constituent la seule manifestation de l'épilepsie. Trousseau a insisté sur ces faits en leur rattachant un certain nombre de cas d'angine de poitrine et en signalant leur analogie avec le tic douloureux.

L'origine centrale des auras étant admise, on comprend immédiatement que les recherches relatives aux localisations cérébrales pourront donner des résultats applicables aux phénomènes qui nous intéressent ici, et que, réciproquement, l'observation exacte de ces phénomènes intéressera l'étude des régions corticales. En particulier l'étude des relations des différents centres entre eux par exemple celles du centre cheiro-kinesthésique et du centre de la vision ver-

bale, celles du centre glosso-kinesthésique et du centre de l'audition verbale, à condition d'être parfaitement démontrées et étendues à un assez grand nombre de ces centres spécialisés, seraient pour nous d'un grand intérêt. Elles expliqueraient sans doute la constitution d'un bon nombre d'auras complexes.

On voit aussi quelle sera la valeur de l'aura si l'on cherche à déterminer exactement le siège de la lésion qui peut avoir amené les accidents épileptiques ; mais nous essayerons plus loin de donner à cette remarque le développement qu'elle comporte.

Pour le moment, nous plaçant au point de vue le plus général, nous rappellerons que les recherches modernes tendent à faire admettre non plus des centres sensitifs et des centres moteurs parfaitement indépendants les uns des autres, mais seulement des zones plus spécialement motrices et des zones plus spécialement sensitives. Horsley, pour citer un exemple, a publié plusieurs cas de troubles sensitifs ayant suivi l'ablation d'une portion des centres moteurs corticaux dans des cas d'épilepsie. Cette manière de concevoir les attributions physiologiques des régions corticales est pour nous très intéressante puisqu'elle explique bien ce fait que l'aura est loin d'apparaître dans tous les cas comme purement motrice ou purement sensitive.

**Importance de l'aura au point de vue du diagnostic et du pronostic. — Traitement de l'attaque épileptique pendant l'aura. — Valeur de l'aura en médecine légale.**

Il nous reste maintenant à parler d'un certain nombre de questions qui, bien que convenant mieux à une étude d'ensemble sur l'épilepsie, se rattachent trop étroitement à notre sujet pour que nous les passions sous silence. Nous voulons parler de l'importance de l'aura au point de vue du diagnostic et du pronostic, de la thérapeutique, de la médecine légale.

Le diagnostic de l'aura épileptique prise en elle-même ne peut guère être fait qu'avec certains paroxysmes épileptiques incomplets et avec l'aura hystérique. Encore la question n'offre-t-elle guère d'intérêt puisque d'une part la présence ou l'absence d'accidents consécutifs, d'autre part la nature de ces accidents viennent immédiatement éclairer l'observateur.

La véritable valeur de l'aura au point de vue du diagnostic consiste en ce qu'elle peut indiquer la portion des centres nerveux où siège la lésion épileptogène. Il convient de rappeler à ce propos que le <sup>Pr</sup> Hughlings Jakson, en décrivant le syndrome

auquel son nom est resté attaché, a exposé clairement la progression suivie au moment de la crise par les accidents convulsifs. Cette progression sera par exemple ascendante si les troubles moteurs s'emparent tout d'abord du pouce, descendante si ces troubles commencent au niveau de l'épaule. On a pu depuis déterminer les centres corticaux qui tiennent sous leur dépendance les mouvements des grandes articulations (partie supérieure de la zone rolandique), du larynx (au-dessous de la scissure prérolandique inférieure), des globes oculaires (centre de l'arrière dans le lobe frontal), d'autres encore peut-être moins bien établis.

Les localisations sensibles n'ont pas été moins étudiées. Celles par exemple des centres de l'audition (partie postérieure de la première circonvolution temporale) de la vision (au niveau du pli courbe) de la sensibilité tactile (au niveau de la circonvolution du corps calleux), bien qu'appelant de nouvelles recherches, présentent un intérêt indiscutable. En somme, il est impossible de rappeler ici, même en les citant seulement, tous les résultats obtenus par MM. Ferrier, Turner, Harsley, Russel, Schofer et Mott, pour ne parler que d'eux, mais ce sont là autant de données dont il faudra tenir compte pour le diagnostic de la lésion et, s'il y a lieu, de l'intervention chirurgicale. Le siège de l'aura, encore qu'il ne constitue qu'un des éléments de la question, présentera à ce moment un intérêt capital.

M. le Professeur Joffroy, dans des leçons encore

inédites, a insisté sur ce sujet en analysant rigoureusement les cas où la trépanation, suivie ou non d'excision ou de grattage, a donné des résultats encourageants. (Horsley, Lucas-Championnière).

En ce qui concerne le traitement de l'attaque elle-même, l'importance de l'aura est fort variable. La question se pose ainsi : quand un trouble moteur ou sensitif annonce au malade le début de sa crise, peut-on espérer prévenir l'apparition des phénomènes convulsifs ? Ce résultat a pu être obtenu dans certains cas par une traction exercée sur la région où est perçue la sensation prémonitoire (H. Jakson), par l'extension forcée ou la torsion (Bravais), par une compression exercée ou un point déterminé, comme le lieu d'émergence du nerf sous-orbitaire, par une ligature appliquée autour du membre dont un segment est déjà envahi par les troubles musculaires.

On a pu encore supprimer l'attaque par des excitations ne portant nullement sur le siège de l'aura, par exemple par l'ingestion d'eau froide ou de solutions salines, même en l'absence de toute sensation au niveau du tube digestif, par un coup violent porté sur la région interscapulaire, par des flagellations ou des applications froides. Il suffit quelquefois de prononcer le nom du malade ou même de lui adresser une parole quelconque pour arrêter les accidents.

Beaucoup d'autres moyens ont été indiqués : Nous laisserons de côté la compression des carotides préconisée par Frichard, et le procédé de Guido Borelli et Polizetti qui appliquaient le pouce et l'index

de la main gauche sur chaque région temporale, le pouce de la main droite au-dessus du tubercule de l'occipital. Nous citerons comme ayant quelquefois réussi le vésicatoire (Récamier), les applications de glace sur la colonne vertébrale et sur la tête (Expérience de Fr. Frank et Pitres) ou sur la région précordiale (Observation de Charcot), la douche (cas de Fleury), l'abaissement artificiel de la pression sanguine par la ventouse de Junod (Féré) ou la ligature des membres inférieurs (Brown-Sequard), les bains sinapisés, le drap mouillé. Tous ces moyens, applicables surtout quand le malade est en état de mal, ne donnent que des résultats très inconstants.

On s'est servi des inhalations d'éther, de chloroforme, de bromure d'éthyle, de nitrite d'amyle. Seul l'éther paraît recommandable. On a employé sans grand succès les injections de morphine.

Le plus souvent, même si on a réussi pour le moment à arrêter les convulsions, la décharge n'est que retardée. Les observations dans lesquelles les accidents auraient définitivement disparu sont habituellement très discutables.

Il nous reste à parler des cas un peu différents où l'aura partant d'une tumeur, on aurait pu, par l'extirpation de cette tumeur, faire cesser les attaques. On a vu plus haut que des auteurs des plus recommandables ont signalé quelques faits de ce genre. Des succès du même ordre auraient été obtenus par l'avulsion de dents cariées et par la cautérisation du larynx (Moreau de Tours). Il semble difficile, étant

donné ce que nous savons de l'épilepsie, qu'on ait obtenu ainsi de véritables guérisons. En tout cas des opérations analogues à celles dont il vient d'être question ne peuvent être indiquées que si l'aura est constante et si son point de départ paraît à la fois précis et absolument invariable.

On voit par ce qui précède, que la présence d'un aura n'est pas sans intérêt pour le pronostic général de l'épilepsie. D'autre part, il ne nous appartient pas de dire si, comme le veut M. Féré, les malades chez lesquels on observe une aura guérissent plus facilement, mais nous ferons remarquer que si ces malades sont prévenus d'une manière constante et invariable de l'imminence de leur crise, s'ils ont le temps d'appeler à l'aide ou d'éviter une chute dans un lieu particulièrement dangereux, ils échapperont ainsi à toute une catégorie d'accidents graves ou mortels.

Ces considérations ne seront pas indifférentes quand il s'agira de décider si tel épileptique peut être laissé à la vie commune ou s'il doit être admis dans un établissement spécial. Si ce malade ne fait courir aucun danger à la société, si ses accidents convulsifs ou autres ne sont pas trop fréquents et lui permettent de subvenir par son travail à ses besoins, on n'aura plus guère à tenir compte que des dangers qu'il court personnellement du fait de ses attaques. Dès lors, la présence d'un signe avant-coureur, permettant d'échapper aux plus sérieux de ces dangers sera évidemment d'une importance extrême.

## CONCLUSIONS

---

I. Dans l'état actuel de la science, une classification des auras ne saurait être que provisoire. Elle ne peut reposer que sur une analyse exacte de la sensibilité et de la motricité.

II. L'aura dite psychique n'est qu'un épiphénomène greffé sur une aura sensorielle.

III. L'aura existe chez les épileptiques dans 71 cas p. 100. Elle nous a paru un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme. — Quand elle existe, elle est constante dans 92,9 cas p. 100 ; invariable dans 91,5 cas p. 100 ; elle est simple 52 fois p. 100 ; complexe 48 fois p. 100.

IV. L'aura doit être considérée comme d'origine centrale. Sa localisation servira parfois à préciser le siège de la lésion épileptogène.

V. Les procédés employés pour prévenir, au cours de l'aura, l'apparition des accidents convulsifs n'ont donné que des résultats très inconstants.

VI. La présence d'une aura constante et invariable peut contribuer à rendre moins sévère le pronostic de l'épilepsie et permet dans certains cas de laisser le malade à la vie commune.

Vu :

Le Président de la Thèse,

Vu : Le Doyen,  
BROUARDEL.

A. JOFFROY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,  
GRÉARD.



## BIBLIOGRAPHIE

---

- Alexander — The treatment of epilepsy. Edimburg. 1889.
- Brown-Sequard. — Researches en epilepsy. Boston 1857.
- Bourneville. — Etudes cliniques et thérapeutiques sur les maladies du système nerveux. P. 1872.
- Burlureau. — Art. Epilepsie in : Dictionnaire Encyclopédique des sciences médicales.
- Buzzard. — Clinical lecture on the treatment of partial epilepsy in ; *Lancet* 1884.
- Calmeil. — De l'épilepsie Thèse de Paris. 1824.
- A. Carrier. — Leçons cliniques sur l'épilepsie et les troubles intellectuels qui l'accompagnent. Lyon. 1883.
- Charcot. — Maladies du système nerveux. P. 1875.
- Cortot. — Traitement de l'épilepsie. Thèse de Paris. 1894.
- Crozes. — Des effets des vésicatoires sur l'aura dans l'épilepsie jacksonnienne. Thèse de Bordeaux, 1886.
- Defossez. — Essai sur les troubles des sens et de l'intelligence causés par l'épilepsie. Thèse de Paris, 1878.
- Dalasiauve. — Traité de l'épilepsie. P. 1854.
- Delegrange. — De l'épilepsie partielle. Thèse de Paris, 1893.
- Douty. — Communication in : *Lancet*, 1886.
- Echeverria. — On epilepsy. New-York, 1870.
- Fahet. — Théorie de l'épilepsie in : *Arch. de médecine*, 1859.
- Féré. — De l'épilepsie, dern. éd., P. Gauthier Villard, 1892.
- L'épilepsie et les épileptiques, dern. édit., P. 1890.

— La pression artérielle dans le paroxysme épileptique in : *Compte-rendus de la Soc. de Biologie*. P. 1839.

Gowers. — On epilepsy. London, 1861.

Hammond. — Traité des maladies du système nerveux, trad. Labadie-Lagrave. P. 1879.

— In sleep and its derangements. Lond. 1876.

Heinemann. — *Virchows Archiv*. Berl. 1885.

Héroguelle. — Traitement de l'épilepsie. Thèse de Paris, 1895.

Hirt. — Ueber das Auftreten von Transfert-Erscheinungen Während der Behandlung der partiellen Epilepsie *Neurol. Centralbl.*, 1884.

Lasèque. — Pathogénie de l'épilepsie. *Arch. gén. de Med.* 1880.

Legrand du Saulle. — Etude médico légale sur les épileptiques. P. 1877.

G. Lemoine. — Note sur la pathogénie de l'épilepsie in : *Progrès Médical*, 1888.

— De la température dans les accès isolés d'épilepsie in : *Progrès Medical*, 1888.

L. Leter. — Epilepsie des descendants. Thèse de Paris. 1891.

Leuret. — Recherches sur l'épilepsie in : *Arch. médicales* 1843.

Lieveking. — On epilepsy. London. 1861.

Magnan. — Leçons sur l'épilepsie in : *Progrès médical*. 1882.

Magnan. — Recherches sur les centres nerveux. P. 1885.

Mendel. — Eilenberg Vierteljahrschrift. 1885.

Morel. — Traité des maladies mentales. P. 1860.

J. O'Connor. — Aura de l'accès épileptique. Thèse de Paris 1893.

Parry. — Collection from the unpublished medical writings of Hillics Pary. Lond. 1876.

Pick. — Zur localisation einseitiger hallucinationen nebst

Bemerkungen ueber transitorische wortanbheit. *Jahrs. fur. Psych.* 1888.

Pontier. — Epilepsie sympathique et périodique guérie par la cautérisation du nerf saphène. *Journal génér. de médecine.* An II.

W. Reinhard. — Ueber die pathogenie der epilepsie. Paderborn. s. d. in-8°.

Russel Reynolds. — On epilepsy. New-York. 1870.

Sadrain. — Etude sur le traitement des attaques d'hystérie et des attaques d'épilepsie. Thèse de Paris. 1880.

Siguiet. — Epilepsie bravais-jacksonnienne. Thèse de Paris 1895.

Tissot. — Traité de l'épilepsie. P. 1770.

Trousseau. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu. T. II.

A. Voisin. — Art. *Epilepsie* in. Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.

J. Voisin. — Recherches sur la toxicité urinaire chez les épileptiques. In : *Arch. de Neurologie*, 1893.



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                                                                                                                                 | Pages |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| Introduction. — Caractères généraux des auras dans l'épilepsie. ....                                                                                            | 5     |
| Historique .....                                                                                                                                                | 9     |
| Classifications anciennes des auras. Essai de classification nouvelle.....                                                                                      | 14    |
| Symptomatologie.....                                                                                                                                            | 22    |
| Statistique de l'aura en général et de ses variétés.....                                                                                                        | 34    |
| Observations.....                                                                                                                                               | 37    |
| Théories émises sur la pathogénie de l'aura.....                                                                                                                | 65    |
| Importance de l'aura au point de vue du diagnostic et du pronostic. Traitement de l'attaque épileptique pendant l'aura. Valeur de l'aura en médecine légale.... | 70    |
| Conclusions .....                                                                                                                                               | 75    |
| Bibliographie .....                                                                                                                                             | 77    |



